

第一章

緒論

羅惠敏 編著



重點整理

壹、產科學定義

1. 產科學一詞來自拉丁文“obstetrix”意指陪伴生產的人，目前以母育護理“maternity nursing”代替之。
2. 憲法第 156 條規定兒童及婦女福利政策：「國家為奠定民族生存發展之基礎，應保護母性，並實施婦女兒童福利政策」。
3. 目前產科護理學的領域包括生殖科學、維護母子及家庭健全發展。

貳、產科學發展

1. 目前最早的產科紀錄發現於埃及，時間約為西元前 1500 年，記載了有關懷孕診斷及減緩產痛之資料。
2. 索拉努斯(Soranus)被稱為「產科學之父」。
3. 羅馬帝國時期，生產由未受過訓練之產婆負責，此時期也是醫學的黑暗期。
4. 彼得·張柏倫(Peter Chamberlen)發明產鉗，之後開始以產鉗進行分娩。
5. 威廉·哈維(William Harvey)被稱為「英國助產學之父」，是首位發展胚胎學的學者。
6. 底費特(Hendrik Van Deventer)被稱為「現代助產學之父」。

參、產科護理趨勢

產科護理為懷孕及生產過程中，協助孕產婦及其家庭成員；在此過程中，滿足家庭成員生、心理上的需求，並確保母親及嬰兒的安全及福祉，於醫療需求中預防疾病產生並促進健康。

目前產科照護模式隨著醫療體系結構變化及全球經濟不景氣影響，女性自主權抬頭，婦女的權益愈受重視，提供人性化的照護模式及場所，並提升專業人員的衛教能力，且以電腦網絡達成資源共享，是目前產科發展上的重點項目。

1. 以「**家庭為中心**」的護理趨勢：生產是家庭中關係重組的開始，家庭成員不僅要企盼新生兒的到來，也需兼顧孕產婦於家中的支持及整個家庭成員的參與。**生產主導權回歸為產婦及其家庭成員，尊重其自主權及決策權**，但亦並非完全依照家屬所想要的照顧方式，需由醫護人員協助共同訂定產前生產計畫書。
2. 強調親子同室(rooming-in)，藉由親子同室的推廣增加親子互動及家庭支持系統的穩固，當母親體力上較為疲憊時可將嬰兒推回嬰兒室，並依特殊狀況彈性實施。
 - a. 親子同室目的：
 - 促進成功哺餵母乳（最主要目的）。
 - 增進親子依附關係。
 - 以家庭為中心護理照護。
 - 協助母親角色獲得家人認同及肯定。
 - b. 護理措施：為了預防新生兒感染，強調洗手重要性及洗手五時機觀念。
 - c. 產後儘早皮膚接觸哺餵母乳之好處：
 - 增加母乳哺餵時間。
 - 增進心肺功能穩定性。
 - 增進嬰兒血糖穩定性。
 - 減少嬰兒低體溫風險。

3. 於生產前，教導準父母相關的權利與義務。
4. 產後沒有合併症儘量提早出院，並提供有計畫性的自我照顧衛教，以儘早回復正常家庭功能，強調產後持續性照護重要性。
5. 採用科學、自然、人性化（友善、溫和）的分娩及接生環境，並非提供以機構產科常規為主軸的照護。
 - a. 產後 24 小時親子同室，增進新生兒與父母親的接觸。
 - b. 促進新生兒與父母親彼此相互適應。
 - c. 讓新手父母儘早熟悉育嬰方法。
 - d. 促進母乳的哺餵，提高母乳哺餵率及增加新生兒抵抗力。
 - e. 採自然姿勢分娩。
 - f. 溫和分娩法：燈光柔和且安靜的產房、溫柔的新生兒撫觸。
 - g. 鼓勵配偶進入產房參與生產過程。
 - h. 設立類似家的生產環境：「家庭化、舒適化、優美化」，使產婦整個生產過程（待產、生產和產後）均在同一個單位(labor delivery recovery；LDR)有 all in one 概念（表 1-1）。
 - i. 不限制訪客。
 - j. 人性化生產（溫和、友善生產）依各醫院施行略有不同，大致施行狀況如下：
 - 分娩自行啟動：避免催生，尊重產婦意願決定是否催生。
 - 待產過程可自由移動：協助待產婦選擇舒適的姿勢，如側躺、放鬆心情。
 - 持續的待產支持：如配偶、家庭成員或能提供生產支持者。
 - 有醫療必須的狀況出現時，才要求產婦禁食及靜脈點滴注射。
 - 修正剃毛及灌腸：若會陰部毛髮過長，以稍加修剪取代完全剃除，若有必要灌腸則以口服藥物取代。
 - 會陰切開非常規執行。

表 1-1 傳統照護系統與 LDR 照護系統之比較

傳統照護	LDR 照護
<ul style="list-style-type: none"> • 懷孕、生產被視為醫療事件 • 制度化及機構產科常規為主軸的照護環境 • 生產、分娩、產後恢復皆在不同的單位 • 較缺乏隱私 • 父親或其他支持者可得知生產的進行及生產情形 • 僵硬、常規性的政策與照護流程 • 生產姿勢：採膀胱截石術（目的：方便醫護人員接生） 	<ul style="list-style-type: none"> • 懷孕、分娩等生產過程是伴隨著生理、心理、社會、情緒和壓力等變化之正常生理過程 • 較為舒適的，如家一般的環境，以「家庭為中心」的照護 • 生產、分娩、產後恢復的照護在相同單位 • 較隱私，安靜，滿意度較高 • 鼓勵家庭成員支持者積極參與待產、生產照護等過程 • 有彈性、支持性及個別性之照護政策與處理程序 • 生產姿勢：採直立可用力的生產方式如坐式、蹲式、跪姿（雙手著地支撐上半身，緩解背痛，促進胎兒下降）使用生產椅（加速胎兒下降速度，有效用力減少疲勞）

- 儘早哺餵母乳：產後讓新生兒嘗試吸吮乳頭與立即的肌膚接觸，母嬰不分離。
 - 必要時才使用胎兒監視器。
 - 生產計畫書施行：依產婦需要選擇適合自己生產方式，並與醫護人員協助共同訂定產前生產計畫書。
 - 不建議使用止痛藥及麻醉劑降低不適，可使用呼吸鬆弛技巧減輕疼痛，不常規使用醫療介入。
6. 照護提供者與家庭的關係為夥伴，非權威者。

肆、產科技術演進

1. 電子胎心音、胎兒監視器：監測產前胎兒心跳與子宮內狀況。
2. 羊膜穿刺：評估胎兒是否有遺傳疾病及測驗胎兒肺部成熟情形。

3. 超音波檢查：診斷胎兒生長情形是否有多胞胎、子宮畸形等異常，確定懷孕週數、胎兒大小等評估。
4. 子宮內手術：於子宮內施行胎兒相關手術，如水腦症、先天性橫膈疝氣等。

伍、護理人員注意事項

一、一般照護原則

產科護理人員需了解產科護理趨勢及現況，並提供孕產婦良好的照護。

1. 以家庭為中心的照護模式提供整體的照顧。
2. 以文化為取向的照護方式：尊重個人對懷孕及生產的看法以維護其文化及宗教態度與信念，護理人員對文化應具備：
 - a. 高度的文化敏感性，認識與懷孕、生育有關之主要信仰、價值觀與行為。
 - b. 運用文化評估的技巧。
 - c. 保持開放接受的態度。
 - d. 提供專業知識與衛生指導。
3. 懷孕是一個壓力，懷孕及生產對孕產婦個人及家庭都會發生變化，家庭危機包含有：
 - a. 成熟的危機事件：例如，「嬰兒出生」為可預期的，與個體的身心發展有關，又稱為發展性危機。
 - b. 情境性的危機事件：因意外事件所引起。
4. 胎兒有權利被健康生下來，懷孕與生產應視為家庭生活正常健康事件，而非需要治療的生病狀態；為避免過度醫療化處置，對於低風險性產婦，依其需求為導向進行生產照護。
5. 重視人性化照護。

二、護理人員角色功能

護理人員有責任及義務提供諮詢，未來發展以健康為導向，其角色功能包含：

1. 教育者(educator)：教育婦女如何在家庭及職場自我照護，提供孕期保健、營養攝取、產後保健、哺餵母乳及育嬰等知識。
2. 照顧者(caregiver)：為最基本的角色，提供孕產婦日常照顧資訊，例如協助產婦下床如廁。
3. 諮詢者(consultant)：於孕期、產期及產後提供身體與心理的諮詢，如面對面或以通訊設備教導或解決健康方面疑惑。
4. 代言人(advocate)：孕產婦與其他醫護人員間互動溝通之角色，責任、尊重及支持其權利。
5. 管理者(manager)：醫療團隊人員提供以個案為中心的治療方式，期以最少經費於產婦生產時間內獲得最大利益，可維持經費與品質保證。
6. 研究者(researcher)：針對護理照顧內容進行討論，並發展及驗證合適的護理措施，藉以提升專業之照護品質。

三、護理倫理和法律觀

1. 依據法學家之觀點，生命自卵子受孕即開始。
2. 生殖技術的倫理價值觀衝擊，會對未來人類及產科照護造成影響，護理人員需特別留意。
3. 婦嬰護理人員於執行業務中常遇到的法律問題：
 - a. 遵守保密並維護病人隱私。
 - b. 知曉同意權：執行醫療處置需解說注意事項以取得同意，並填寫手術及麻醉同意書。
 - c. 正確詳細記錄及報告，以作為法律訴訟時之依據。